

入院者訪問支援事業と意思決定支援事業との相違

—日精協が実施した平成27年度障害者総合福祉推進事業を振り返って—

中島 公博

北海道 五稜会病院 理事長・院長／日本精神科病院協会 常務理事

Key Words 入院者訪問支援, 意思決定支援, 意思表明支援, アドボケイト, 権利擁護

はじめに

入院者訪問支援事業と意思決定支援事業について、筆者の思い入れは強い。公益社団法人日本精神科病院協会（以下、日精協）では、平成27年度障害者総合福祉推進事業（指定課題5）「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」を実施している¹⁾。筆者はこの事業の取りまとめ役であった。意思決定および意思の表明についての支援は、平成26年4月に施行された精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の改正に向けた有識者による検討会の中で、保護者の廃止に伴い、精神障害者が入院において自らの意思決定および意思の表明を支援するもの（以下、アドボケーター）を選択できる仕組みを導入すべきとされた。しかし、その実施主体、具体的活動内容等についてはさまざまな意見があったことから、アドボケーターについては、法改正には盛り込まれず、具体化に向けた調査・研究を行うこととなった経緯がある。改正法附則第8条では、「精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方」について検討を加えることとされていた。

当初は、意思決定支援事業が精神科病院内でも行われることを前提として検討されていた。ところが、意思決定支援では入院患者の権利擁護が不十分だという反対意見や精神科病院自体からも意思決定支援で得体の知れない外部の人が入ることにアレルギーがあったと思われる。

日精協が、意思決定支援の事業を行ったということは画期的なことであった。本稿でははじめに意思決定支援事業についての概略を説明し、入院者訪問支援事業が意思決定支援事業ではなく、入院者訪問支援としてはじまったいきさつについて整理した。

I. 意思決定支援事業

1. 平成27年度モデル事業

全国3ヵ所の精神科病院において「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」が実施された。実施に際しては、実施病院側関係者、意思決定支援者等の現地プロジェクトが組織され、協力機関、関係者の合意を得て、意思決定および意思の表明のための支援を行う人の事前研修が行われた。アドボケーターは相談支援専門員等とピアサポーター等の原則ペア（支援者チーム）で行った。支援者チームは、対象者の求めに応じ、対象者の元へ赴いて話を聞き、意思決定および意思の表明に関する支援を行った。対象者は各病院4名とし、対象期間に入院中の患者で新規入院・再入院は問わず、アドボケイトを希望する者から選定した。フォローアップとして、モデル事業開始から1ヵ月時点、2ヵ月時点にモデル事業担当委員と支援者チームの代表でフォローアップ会議を実施し、モデル事業担当委員から支援者チームへスーパーバイズを行った。現地プロジェクト間の情報共有を行う一方でモデル事業報告会を行い、支援の内容、改善点などを話し合った。モデル事業を通じて、アドボケーター機能が患者からみて必要があるのか、病院からみて有用であるのかについて検討した。報告によれば、患者は「話を聞いてもらえて良かったです」と

答えていることや、ピアサポーターが自分の単身での生活状況や自分の使っているサービスについて伝えることにより、「同じ精神科病院への入院という体験を持つピアサポーターの関与は、患者の安心感につながった」との意見があった。支え手のピアサポーターにとっても相談支援専門員とペアで行うことは活動しやすいとの感想があった。事業では、研修マニュアルを用いたモデル研修を開催している。モデル事業の課題を整理するとともに、モデル研修参加者に対してアンケート調査を行い、研修プログラム・研修マニュアルの評価を行った。評価を元に各都道府県で実施可能な研修プログラム・研修マニュアルへと改定した。

2. 研修テキスト

事業では、入院に係る精神障害者の意思決定および意思の表明に関するアドボケーターについて理解を深めるために、モデル研修で使用するテキストを作成している¹⁾。内容は、モデル研修の参加者が支援の専門員やピアサポーターであることを想定し、意思決定支援の必要性やこれまでの経緯、関係条文、精神科領域以外の意思決定支援の紹介、改正精神保健福祉法の概略、イギリスの意思能力法・行動指針²⁾などを盛り込んだものとなっている(図1)。テキストでは、より具体的なイメージをつかめるようにするため、意思表明の支援や長期入院者の退院支援などをシナリオとして、参考例を提示した(表1)。

私事で大変恐縮ではあるが、筆者は本事業ならびにこのテキスト作成の直前の平成27年6月に前庭神経炎に罹患し、強いめまいと吐気に苦しみ、1週間ほど自宅療養していた。快復後、まったく門外漢である意思決定支援の理解を自分自身で深める必要もあり、意思決定支援に関しての文献を渉猟し、テキストには意思決定支援の入門として種々の文献の紹介も記した。今改めてみても、意思決定支援に関して良くまとまったものと思っ

3. アドボケーターガイドライン

事業では、改正精神保健福祉法に規定すべき意思決定支援内容の同定を念頭に、アドボケーター

入院に係る精神障害者の意思決定及び 意思の表明に関するモデル事業 研修テキスト

- I. はじめに
- II. 用語について
- III. 意思決定支援の必要性
- IV. 意思決定支援に関する法律・条文
- V. 意思決定支援に関するこれまでの経緯
- VI. イギリス2005年意思能力法、2005年意思能力法行動指針
- VII. 意思決定支援に関する参考文献、資料から
- VIII. 改正精神保健福祉法概略
- IX. モデル事業マニュアル(平成27年改訂版)
- X. 支援マニュアル(平成27年改訂版)
- XI. アドボケーターガイドライン
- XII. 事例
- XIII. まとめ
- XIV. 参考文献・資料

図1 研修テキスト目次

表1 テキスト内のシナリオ

<p>シナリオ1/意思表明の支援 50代男性、慢性統合失調症。父母は健在であるが、高齢のために面会も少なくなった。現実的な理解判断ができないために、10数年閉鎖病棟で医療保護入院を継続している。重金屬や水を煮くホースが身体の中に入って辛い、重金屬によって腸がやられているので、腸の入替えを行うために数時間ベッドで臥床するなどの行動がある。ここ5年くらい外出もしていない。医療者から外泊を勧めても、自宅でも楽しいことはないからと言って断っていた。看護師とのやりとりの中で、昔行ったことのあるレコード屋に行き、近くのピザ屋(両店舗とも既に廃業)でピザを食べに外出したいとの希望があった。病院側は、主治医が外出を許可し、母親に連絡して外出を支援した。母親と一緒に外出したが、街中の店舗も変わっていたが、大きな動揺もなく外出を楽しんできた。普段の生活の中で何げない患者の希望が意思決定支援に繋がる。</p>
<p>シナリオ2/意思表明の支援 60代女性、統合失調症。3回目の医療保護入院。前回入院中に離婚し単身生活。病識は乏しく、通院治療もしなかった。自宅で閉居し、弟の訪問も拒否していた。食事摂らず生活も破綻しているために、弟の通報で警察が介入、救急車で搬送された。搬送時は自宅で杖を投げつけるなどの抵抗があった。法に則った隔離・拘束が行われた。患者は治療に抵抗し服薬もしない。主治医にも拒否して会話にもならない。弟に対しても陰性感情が強く、拒否的な態度を示している。病院としては、治療の理解がないために強制的な関わりをしないとならないが、なるべくなら本人の意向を無視しての強制的医療はしたくない。医療スタッフや「家族等」以外の第三者的立場から患者の意思表明の援助ができれば、非自発的入院の気持ちの負担も減るかと思われる。</p>

機能の枠組み内容に係るアドボケーターガイドラインが取りまとめられた。精神障害者の意思決定支援に関する基本的考え方や姿勢、具体的方法お

よび配慮されるべき事項等を提示し、精神科病院スタッフが精神科医療を提供する際に必要とされる意思決定支援の枠組みを示した。すなわち、ガイドラインは、精神障害者の意思決定支援のための道標を示したものになっている。ガイドラインを利用することにより、障害者の権利が適切に表明されることになり、患者を中心とした医療スタッフ、地域援助事業者、相談専門員、ピアサポーターとの密な連携が行われ、ひいては、精神科医療の質の向上が図られることになれば幸いである。なお、入院に係る精神障害者の意思決定および意思の表明に関するアドボケーターガイドラインにおけるアドボケーターの定義を以下のように定めている。

アドボケーターとは、精神科病院に入院している者にとって、入院生活での困りごとに対して信頼できる相談相手で、入院中の「説明が得られない」「聞いてもらえない」ことに対しても、本人の立場で気持ちや状況を理解し必要に応じて代弁することで、本人が自分の気持ちに正直に生き、主体的に精神科医療を受けられるように側面的に支援する者である。アドボケーターは、本人の話を先入観なく理解し、利害関係のない人がその任を担う。

4. 意思表明支援と意思決定支援

意思表明支援と意思決定支援の違いは何であろうか。臨床に携わっていても明確に答えられる職員は少ないと思われる。事業報告書では以下のように整理している。

意思決定には、その前段階として意思の表明が必要である。精神障害者に限らず、知的障害でも重度の場合には、意思の表明は可能でも、現実を踏まえての是非弁別ができない場合もあろう。その場合には、意思決定ができないことも想定される。意思の表明の支援とは、障害者がどんな状態であろうとも、意思の表明をする場合に、本人に寄り添って、その気持ちを代弁できるような支援を指すものとし、意思決定支援とは、精神障害者が意思を表明して、入院している医療機関や地域援助事業者と協働でできることが可能な支援と捉えると理解しやすい。

5. 日精協が行った意思決定支援事業への批判

日精協が行っている取り組みを何でも批判したがる方がいる。「精神医療」という機関紙がある。ホームページで検索すると、以下の紹介がある。

「精神医療」は、精神医療を改革する運動において志を共にする人々が集う同人誌として、1970年に産声を上げました。以来、半世紀を超える長きにわたって書き継がれ、読み継がれて、年4回発行の季刊雑誌として今日に至っています。・・・「精神医療」では、さまざまな精神疾患やメンタルヘルスの今日的な問題を取り上げるほか、精神保健・医療・福祉の制度や行政の動向についても特集してきました。読者層も、精神保健・医療・福祉従事者のみならず、患者さんや家族、学生、そしてメンタルヘルスの問題に関心を持つ一般市民にまで広がり、また書き手も、精神保健・医療・福祉の関係者のみならず、社会学、教育、法律、行政などさまざまな分野に及んでいます。このようにして「精神医療」は、健全な批判精神に支えられたオピニオン誌として他に類を見ない特異な位置を占めてきたといえましょう。こころを病む人々の暮らしと権利を回復するための社会変革を目指す雑誌として、また、こころを病むということの意味を考え抜くための場として、多くの新しい読者によって育てられることを願っています。

2018（平成30）年No. 92の「精神医療」の特集は「拘束」であった。何気なく中を見てみると、**視点-53 入院患者の権利を守るために本当に必要なこと-日精協「アドボケーターガイドライン」のまやかしを越えて**とある³⁾。内容をみて愕然とした。こんなのは、権利擁護ではないとして、以下の記載がある。

日精協ガイドラインがとんでもない代物であることは、十分におわかりいただけただろう。これは権利擁護のしくみを作ったように見せかける〈まやかし〉であり、本質は、病院の利益を図るためのものである。アドボケーターの実質的な役割は〈ガス抜き、なだめ役、病院のスパイ〉であり、〈病院が入院患者を管理しやすいよう側面的に援助する者〉とも言える。アドボケーターは専門職と入院経験者のペアで行う想定なので、精神

障害の当事者が、病院の手先をさせられることにもなる。

よくもここまで罵詈雑言を並べ立てられるものだと、思わず笑ってしまった。苦勞してつくり上げたガイドラインに対して、外野席から批判を述べる。無責任な政党と同じようなものである。いわれっぱなしも癪に障るので、今更ながら問題点と指摘していることについての意見を記した(表2)。

このガイドラインは、利用者が病院職員と協同して意思決定支援につなげようというものである。確かに、権利擁護としては不十分なものかもしれない。しかし、病院外部の支援者が病院内に入って利用者の話しを聞いたり、希望を病院職員に伝えることによって、行動範囲が広がったりするなどの利点がある。当時としては(現在も)、画期的な内容であったと思っている。

6. 日本精神神経学会学術総会シンポジウム

筆者は、日本精神神経学会・精神保健福祉委員会が意思決定支援や権利擁護に関してコーディネートしたシンポジウムに登壇した。

①第115回学術総会(令和元年6月21日、新潟)

シンポジウムのテーマは「精神科医療における権利擁護制度—とりわけアドボケーター・代弁者を巡って—」である(表3)。企画の趣旨は以下である。

2015年日本精神科病院協会は「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するアドボケーターガイドライン」を作成した。しかし、このガイドラインに関してはいくつかの問題点も指摘されている。2018年厚生労働省は概算要求において、「意思決定支援等を行う者に対する研修の実施」として研修予算を要求した。このような状況から本シンポジウムでは、アドボケーターのあり方について、さまざまな立場からの意見を

表2 アドボケーターガイドラインの問題としている点と筆者の意見

問題としている点	筆者の意見
<p>【問題1 医療を受けさせるのが目的】</p> <p>日精協ガイドラインは、アドボケーターについて「精神科病院に入院している者にとって、入院生活での困り事に対して信頼できる相談相手」「入院中の『説明が得られない』『聞いてもらえない』ことに対しても、本人の立場で気持ちや状況を理解し、必要に応じて代弁する」とし、「主体的に精神科医療を受けられるように側面的に支援する者」と性格づけている。</p>	<p>見事な内容ではないのか。入院者訪問支援事業では、支援者が対象者と会話を交わり、対象者の話を傾聴することにより、様々な思いを受け止め、対象者が自らの力を発揮できるよう、対象者の立場に立って寄り添うものである。これに対して、日精協ガイドラインは、医療者とも協同することによって、意思決定支援の側面も持つ。</p>
<p>【問題4 利用しにくく、打ち切りやすい】</p> <p>日精協ガイドラインは、アドボケーターを利用する際の同意書を「本人・家族双方から得る」としており、家族の同意がないと利用できない。さらに同意書には「実施期間中であっても、本人の申し出により、いつでも中断できることを明記する」としている。</p>	<p>「本人・家族双方から得る」としていた。署名欄は1人の記載欄となっている。家族が、患者がどのようなことを取り組んでいるのかを知ることにも必要である。家族関係が悪ければ、家族の同意は不必要。</p>
<p>【問題5 病院のコントロール下の活動】</p> <p>日精協ガイドラインは「訪問した際の実施方法等については、医療機関の指示に従うこととする。利用者との面会場所、病院スタッフの同席の有無等について、医療機関側と協議すること」としている。つまり、病院の意向によって職員の同席がありうる。</p>	<p>入院している病院で面会を行うのであれば、面会場所や時間を病院側が決めるのは社会常識というものである。精神運動興奮の激しい場合等の患者さんには、職員は同席すべきではないのか。</p>
<p>【問題6 患者から聞いた話を病院へ報告する】</p> <p>日精協ガイドラインは「利用者から聞いた内容は、アドボケーター活動報告書に記載する。医療機関側に伝えるべき内容は守秘義務違反にはあたらない」「患者との面接の都度、記録を残すこととする。記録については、活動レポートとして経過で見ることができるようにとめる。面接終了後、患者が入院する医療機関の担当者に口頭で面接内容の簡単な報告をするとともに手渡すとしている。患者の意向にかかわらず、聞いた内容は病院に渡すことになる。</p>	<p>利用者から聞いた内容を全て病院側に開示しなければならない訳ではない。例えば、希死念慮があり、自殺を企てているような話を聞いた場合にはどうするのか。病院側にその内容を伝えなければ、利用者の最善となる援助にはならないだろう。何も患者の意向にかかわらず、聞いた内容を全て病院に渡すとは全く想定していない。利用者の意思は尊重している。如何に最善の援助を提供するかである。</p>
<p>【問題7 病院に不都合な情報は封じ込める】</p> <p>日精協ガイドラインは、患者への事前説明に関して「報告書等を作成する際には、個人が特定できないように、あなたのお名前や病院名などはすべて匿名化します」としている。これでは具体的な支援の記録を作れず、継続的な支援ができない。病院の問題点に関する情報が他に伝わらないようにするための規定と考えざるをえない。</p>	<p>どうしてこども被害的に受取るのか。報告書の提出先は訪問者が所属している事業所である。利用者にとっては、訪問するピアスタッフ以外の人に自分のことを知られたくない権利もある。具体的な支援は、利用者が病院職員と協同で行う意思決定支援を想定している。</p>

表3 第115回日本精神神経学会学術総会（新潟）シンポジウム

10:40～12:40 委員会シンポジウム13（精神保健福祉法委員会） 精神科医療における権利擁護制度—とりわけアドボケーター・代弁者を通って—	
司会：太田 順一郎 岡山市こころの健康センター 大石 賢吾 千葉大学大学院医学研究院精神医学	
CS13-1	海外の精神科医療における権利擁護者制度について ○佐竹 直子 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター
CS13-2	精神科入院患者に対する意思決定支援：モデル事業の結果を踏まえて ○白石 弘巳 埼玉県済生会跡見病院
CS13-3	入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するアドボケーターガイドライン ○中島 公博 医療法人社団五枝会病院
CS13-4	日本の精神医療に求められる真の「権利擁護者」とは？ ○竹端 寛 兵庫県立大学環境人間学部
CS13-5	精神障害者に必要な権利擁護者とは～法律家の立場から ○姜 文江 法律事務所ヴェント 〈コーディネーター〉 太田 順一郎 岡山市こころの健康センター

表4 第117回日本精神神経学会学術総会（京都）シンポジウム

17:30～19:30 委員会シンポジウム9（精神保健福祉法委員会） 精神科入院におけるアドボケイト制度の具体的な形	
司会：中島 直 医療法人社団新新会多摩あおば病院 太田 順一郎 岡山市こころの健康センター	
CS9-1	アドボケイト制度の具体的な姿——精神障害者の立場から ○桐原 尚之 全国「精神病」者集団
CS9-2	精神科入院におけるアドボケイト制度の具体的な形—単科精神科病院での実際的なアドボケイト導入について— ○中島 公博 医療法人社団五枝会病院
CS9-3	日本の制度に足りないものは何か～海外との比較。海外視察を通じて～ ○高橋 智美 日本弁護士連合会
CS9-4	地域支援機関の視点からのアドボケイト制度 ○渡邊 乾 訪問看護ステーションKAZOC
CS9-5	大阪精神医療人権センターによる精神科アドボケイトの提案——障害者総合支援法に基づく早期導入を ○原 昌平 認定NPO法人大阪精神医療人権センター 〔指定発言〕 佐竹 直子 国立精神・神経医療研究センター病院 〈コーディネーター〉 佐竹 直子 国立精神・神経医療研究センター病院 太田 順一郎 岡山市こころの健康センター

述べていただき、今後の精神科医療におけるアドボケーターのあり方について検討を深めたいと考えている。

筆者は、平成27年度の意思決定支援のモデル事業についての紹介をした。座長は、岡山市こころの健康センターの太田順一郎先生と千葉大学大学院医学研究院精神医学の大石賢吾先生が担当した。他のシンポジストが筆者の演題に批判的な立場であったのに対して、大石先生はシンポジウムの後も好意的に接してくれたのを今でも覚えている。大石先生はその後、令和4年に長崎県知事に就任している。

②第117回学術総会（令和3年9月19日、京都）シンポジウムのテーマは「精神科入院におけるアドボケイト制度の具体的な形」であった。企画の趣旨は以下である（表4）。

日本精神神経学会精神保健福祉法委員会は、これからの精神科入院における患者の権利擁護について検討し、アドボケイト制度についての見解を作成中である。この制度を実効性のあるものとするために、行政や医療機関から独立した権利擁護センターの設立や登録アドボケイトの育成と派遣、アドボケイトに関する地域協議会の設立、権利擁護に関する普及啓発活動などの実施を精神保健福祉法に位置付けることを提案する予定である。精神医療審査会と合わせて精神科入院患者の権利擁護制度が改善し、精神科医療の全体の向上や、メンタルヘルスの普及啓発にもつながるものと考えられる。

筆者は、「精神科入院におけるアドボケイト制度の具体的な形—単科精神科病院での実際的なアドボケイト導入について—」の演題名で、精神科入院患者の権利擁護は外部からしかできないのか、病院内部からの権利擁護も必要であることなどを述べた。このなかで、五稜会病院で行っている、Beauchampらが提唱している自律性の尊重・無危害・善行・公正という医療倫理の四原則⁴⁾に基づいた倫理カンファレンスを紹介した⁵⁾。

II. 入院者訪問支援事業

1. 概要

令和4年12月に成立した精神保健福祉法によ

り、任意の事業ではあるものの札幌市では令和6年4月から入院者訪問支援事業が開始された。訪問支援の内容は、「支援者が精神科病院を訪問し、入院患者との面会交流を行う。生活に関する一般的な相談に応じ、患者の体験や気持ちを丁寧に聴くとともに、必要な情報提供を行うことを基本とする。支援の対象者は精神科病院に入院する市町村長同意による医療保護入院者を中心とする。治療法など医療に関する意思決定支援を意図するものではない」としている。入院者訪問支援事業の第一人者は、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の藤井千代先生である。この事業の詳細については、藤井先生の論文を参照するのが一番である。

2. 五稜会病院での入院者訪問支援事業の受入れ

五稜会病院（以下、当院）では既に外部から訪問支援員類似のピアサポーターが入院患者との面会を行っている。入院者訪問支援員を比較的受入れやすい病院の雰囲気がある。

令和6年6月、札幌市の入院者訪問事業の先行病院として、当院では5名の入院患者に入院者訪問支援員を受け入れた。当院には市長同意の入院者はいなかったのでもいずれも任意入院者である。

20年間入院している50代男性（統合失調症、開放療養病棟）は、「楽しく話せました。また、こういう時間があると嬉しい」と話していたが、2回目の調整直前に「やっぱりしばらくやめておきます」とキャンセルした。2年間入院している統合失調症の50代男性（閉鎖療養病棟）は、「いろいろと話せました。またこのような面談の希望があれば声をかけてください」と述べた。1年間入院中の双極性感情障害の60代男性（開放療養病棟）は、「聞かれる質問が、五稜会で聞かれることと変わらず、突飛な質問もなかったのでも変わらない会話という感じでしたのでリピートはしません」とのことであった。3年間入院している広汎性発達障害の30代女性（開放療養病棟）は、「すごく楽しかったので、またすぐにも来てほしい」との感想であった。1年間入院している統合失調症の10代女性（開放療養病棟）は、「めちゃくちゃ緊張した。男性2人でヤバ

かった。私の歴史、背景を教えてあげた。男性だし1回で全部伝えることができたので次はなくていい」、「普段から五稜会病院のスタッフに話を聞いてもらっているので不要」との意見であった

また、入院者訪問支援事業についての理解度や利点、今後の課題等のアンケート調査を行った。対象は、五稜会病院の院内メールを有する職員79人、職種は医師・薬剤師・看護師・精神保健福祉士・心理士・作業療法士・栄養士等職員である。

問2「入院者訪問支援事業についてどの程度知っていると思いますか」には、「よく知っている」が4人(5.1%)、「まあまあ知っている」が44人(55.7%)、「知らない」が26人(32.9%)であった。この回答では、職種によって異なり、当然であるが医師や精神保健福祉士は理解度が高かった。問4「対象者を任意入院者まで広げること賛成ですか」には、「賛成」が36人(46.2%)、「どちらでもない」が24人(30.8%)、「反対」が3人(3.8%)であった。問5「入院者訪問支援事業では、患者の意思決定支援は行わず傾聴や情報提供に限られています、ご存じですか」では、「よく知っている」が10人(12.8%)、「まあまあ知っている」が24人(30.8%)、「知らない」が42人(53.8%)と半数は理解していない(図2)。問6「入院者訪問支援事業で、患者の意思決定支援を行ったほうが良いと思いますか」には、「強く思う」が3人(3.8%)、「そう思う」が31人(39.7%)、「そう思わない」が15人(19.2%)であった。問8「入院者訪問支援事業が、患者の人権擁護に役立つとお考えですか」には、「強く思

う」が4人(5.1%)、「そう思う」が58人(73.3%)、「そう思わない」が3人(3.8%)であった。

54人の職員が意見を寄せ、支援員の受け入れに対してはおおむね肯定的であった。一方で、事業での「丁寧に聴く」「入院中の生活相談」「必要な情報提供」は、五稜会病院では既に取り組んでいることであり、支援員の役割をもっと広げべきという意見もあった(表5)。

3. 意思決定支援事業との違い

厚生労働省では、令和3年より地域精神保健医療福祉体制のあり方や精神障害者の入院に関わる制度のあり方、患者の意思決定支援および患者の意思に基づいた退院後支援のあり方等について検討を行う場として、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」が開催された。

入院中の患者の意思決定支援や権利擁護に関して、第1回検討会(令和3年10月11日)では「入院中の患者の意思決定支援や権利擁護の取組」、第8回までは「患者の意思決定及び意思の表明についての支援」のテーマで議論されたが、第9回(令和4年4月15日)では「患者の意思表示についての支援」にタイトルが変更になっている。そして、第10回(令和4年5月9日)の報告書案では、意思表示や意思決定支援の文言は省かれ、「訪問相談」になった。ちなみに、この検討会では、日精協が行った平成27年の意思決定支援事業やアドボケーターガイドラインに関しての言及は一切ない。

検討会の報告書の「訪問相談」を要約すると以

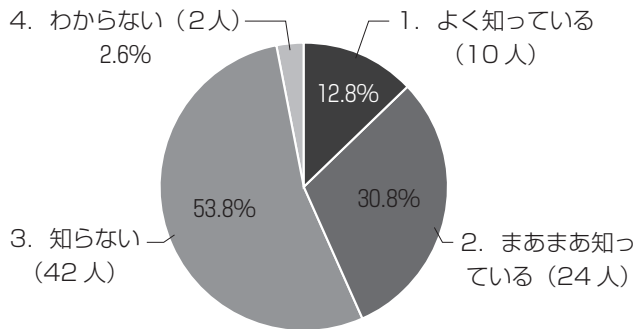


図2 問5「意思決定支援は行わない」の回答

表5 入院者訪問事業についての意見

好意的意見	懐疑的意見
<ul style="list-style-type: none"> ● 当院のように、患者の人権に配慮しながら適切な精神科入院治療を行っていることを伝えられる事業 ● 患者と医療機関の信頼関係を理解した上での支援は、非常に有効である ● 外界との関わりがない患者にとって、医療者とは別の人に話ができる機会であり、気分の変化の面でも良い ● 外部との面会交流の機会が確保されることは、患者の孤独感や疎外感を軽減することにつながるのはい ● ピアサポーター的なかわり、外出支援や意思決定支援などにも携わってもらえると地域移行につながる ● 当院にはピアの人がいるので、外部の支援を利用せずに院内の支援者を育てるのも良いのではないか ● 入院形態問わず、長期入院者が家族や病院スタッフ以外の人と会うことで、退院に向けた良い刺激になる ● 市長同意の医療保護入院者以外にも、外部との接触が少なく地域生活への意欲低下の患者には良い ● 初対面からスタートの支援員と入院中どの程度関係作りが進み、孤独感の解消に繋がるのか興味深い 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 「丁寧に聴く」「入院中の生活相談」「必要な情報提供」は、五稜会病院では既に取り組んでいる ■ 長期的に関わりをもつわけではないため、効果には懐疑的である ■ 訪問支援員には、都度研修等を開催して支援の質の向上を図る必要がある ■ 事情を良く知らない支援員が退院についてのアドバイス等を行うことで混乱が生ずる懸念がある ■ 患者のニーズがどれくらいあるのか、導入が上手くいかないケースはどのように進めているのか ■ 病院側として治療の妨げにならないかという点が気になる ■ 事業を利用する＝退院させられると勘違いしている患者が多いので、説明が大事 ■ 訪問支援をする事業所の選任が大事。研修受けるだけなら誰でもやれる。面接などで選任すべき ■ 訪問支援事業を広げる場合、複数の相談支援事業所に協力をお願いする必要がある

下になる。「精神科病院では、法令の規定に基づき、患者の権利擁護を図る取組が行われているが、他方で、非自発的入院による患者は、閉鎖処遇に置かれており、外部との面会交流が難しい。特に、家族からの音信がない市町村長同意による医療保護入院者については、医療機関外の者との面会交流が、途絶えやすい。外部との面会交流が実質的に遮断される状況は、入院を強制される者への処遇として、人権擁護の観点からも望ましくない。従って、支援者が精神科病院の理解のもとで精神科病院に入院する市町村長同意による医療保護入院者を中心に訪問し、相談に応じることで、医療機関外の者との面会交流を確保する。」

すなわち、人権擁護の観点から、医療機関外の者が市町村長同意による医療保護入院者に訪問相談をするというものである。報告書では、支援者と支援内容についても言及された。支援者は、都道府県が実施した研修会に参加した者で都道府県から選任された者となり、支援内容は、入院患者との面会交流を行い、生活に関する一般的な相談に応じ、患者の体験や気持ちを丁寧に聴くとともに、必要な情報提供を行うことを基本とする。ただし書きとして、治療法など医療に関する意思決定支援を意図するものではないとしている。

意思決定支援でないとするれば、支援内容は「意思表明支援」のようなものであろうか。先のアドボケーターは、本人の話在先入観なく理解し、利害関係のない人がその任を担う、としている。報告書の「訪問相談」は、このアドボケーターとかぶるところも大きい。

「入院者訪問支援」については、人権擁護の点からは不十分に思われる。意思決定支援にまでつなげないと、患者にとってどれだけの利点があるのかも疑わしい。しかし、法的根拠や費用について、精神保健福祉法の枠組みによるものとするのか、社会福祉サービスの一環として行うのか等の課題が山積している。

Ⅲ. 精神科病院における実際的な権利擁護

1. 外部からの訪問

入院者訪問支援は、入院患者の訴えを傾聴し、必要な情報提供をするだけである。権利擁護には不十分なものである。現在でも、精神科病院では、精神科病院実地指導があり、外部からの監査がされている。しかし、これだけでは不十分なものであることは、これまでの精神科病院での虐待事例で判明している。また、入院患者の退院請求で、精神医療審査会の委員が診察に来たとしても、患

者の権利擁護にどれだけのことができるのかも疑問である。外部からの訪問は、患者の権利擁護には必要不可欠なものであっても十分なものとはいえない。やはり、内部、病院職員の患者の権利擁護に対する意識付けが必要である。

2. 病院内でできること—倫理カンファレンス—

当院では、医療の専門家が倫理的な問題を適切に解決することができるように、自律性の尊重・無危害・善行・公正という医療倫理の四原則に基づいて倫理カンファレンスを開催している。これは、Beauchampらが著した「生命医学倫理」という教科書の中で提唱されているものである⁴⁾。非自発的入院患者は、病状により精神疾患への理解が不十分であるために、病院職員からみれば、現実的ではないような治療や処遇についての希望を出すこともある。そのため、職員は、実際の治療の中で患者が望むことに対して応じられないことも多く、治療と本人の希望をかなえたいという思いの間でジレンマを抱えることがある。倫理カンファレンスでは、このようなジレンマにもかかわらず、患者の意思決定を支援し、アドボケート活動するためにどうしたら良いのかを検討している^{6,7)}。

3. 積極的な情報発信

精神科病院は、とかく世間からは遠く離れた存在になりやすい。人は見えないところに疑心暗鬼になるものである。「精神科病院は何か悪いことをしているところ」というとんでもないことを考える人がいる。そこで、精神科病院の姿を広く一般に公開するのが、権利擁護にもつながると思われる。当院では、精神科領域に関する情報発信の場として、令和5年3月から五稜会病院精神科教育動画を作成している。「入院者訪問支援事業」「意思決定支援」「精神保健福祉法」「障害者

虐待」や薬剤、司法精神医学、映画・ドラマにみる精神医学などコンテンツは現在まで60を数える。ぜひ、ご覧いただければ幸いである。

まとめ

令和6年4月から入院者訪問支援事業が始まった。入院者訪問支援では、患者の意思決定支援は行われない。あくまでも意思表明支援にとどまっている。意思決定支援や権利擁護を考えた場合には、入院者訪問支援事業よりもさらなる進化をとげた取り組みが必要である。

開示すべきCOIはない。

文 献

- 1) 日本精神科病院協会：平成27年度障害者総合福祉推進事業。「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」報告書。2021
- 2) Office of the Public Guardian：2005年意思能力法行動指針（Mental Capacity Act 2005 Code of Practice）
- 3) 原 昌平：入院患者の権利を守るために本当に必要なこと—日精協「アドボケーターガイドライン」のまやかしを越えて—。精神医療 92：81-87, 2018.
- 4) Beauchamp TL, Childress JF：Principles of Biomedical Ethics, 5th ed. Oxford University Press, New York, 2001.（立木教夫、足立智孝監訳：生命医学倫理，第5版。麗澤大学出版会，柏，2009.）
- 5) 中島公博：単科精神科病院における実際的なアドボケート活動導入について。精神経誌 125(4)：296-299, 2023.
- 6) 中島公博：精神科病棟における意思決定支援—平成27年度「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」を踏まえて—。精神医学 62(10)：1327-1333, 2020.
- 7) 中島公博：「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」と五稜会病院での行動制限最小化に関しての取り組み。日精協誌 43(8)：788-795, 2024.